

Anlage 1 - Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt

Neben den in § 3 genannten Leistungserbringern kann ein Versicherter in Ausnahmefällen einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116 b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch als koordinierenden Leistungserbringer wählen. Dies gilt insbesondere für Versicherte, die bereits vor der Einschreibung von diesem Leistungserbringer dauerhaft (12 Monate) betreut worden sind oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die nachfolgenden Anforderungen an die Strukturqualität sind zu erfüllen. Der Nachweis wird gegenüber der KVMV erbracht.

Voraussetzung	Nachweis
Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information und Kenntnisnahme durch das Praxismanual	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme
Möglichkeit zur Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards	Bei Beginn der Teilnahme
Möglichkeit zur Basisdiagnostik der KHK, mindestens: <ul style="list-style-type: none">▪ EKG,▪ Belastungs-EKG – in Eigenleistung oder per Auftragsleistung unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (Leitlinie zur Ergometrie)¹▪ Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches der internen und externen Qualitätssicherung unterliegt	Bei Beginn der Teilnahme
Bei der Durchführung des Belastungs-EKG in Eigenleistung sind folgende Voraussetzungen zu berücksichtigen: <u>strukturelle Voraussetzungen/notwendige Geräte:</u> <ul style="list-style-type: none">▪ Entsprechendes Ergometriegerät▪ 12 Kanal EKG▪ EKG Monitoring▪ Defibrillator	Bei Beginn der Teilnahme

¹ Leitlinie zur Ergometrie: Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H. J. Trappe und H. Löllgen: Leitlinien zur Ergometrie. Z. Kardiol. 89(2000),821-837

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notfallausrüstung zur Intubation (Ambubeutel, Laryngoskop, Endotrachealtubus, Führungsstab, Magill-Zange) ▪ Möglichkeit zur Infusionstherapie (Geräte, Infusionslösungen - NaCl, Glukose) ▪ Infusionsbestecke) ▪ Notfallmedikation ▪ Möglichkeit der O2- Gabe per Nasensonde ▪ Liege <p><u>personelle Voraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgebildetes Personal für das sorgfältige Anlegen und eine qualitätsgesicherte EKG-Registrierung ▪ Ständige Anwesenheit eines Arztes (muss über adäquate EKG-Kenntnisse verfügen und den Patienten in Notfällen versorgen können, Erstellen eines standardisierten Protokolls) während der gesamten Untersuchung 	
<p>KHK einschließende Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel</p>	<p>In regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich</p>

2 - Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor gemäß § 4 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor

Die nach § 4 des Vertrages teilnahmeberechtigten Ärzte haben nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen. Der Nachweis wird gegenüber der KV MV erbracht.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzung/ Nachweis
fachärztlich tätiger Internist oder Kardiologe zur nicht-invasiven Diagnostik und Therapie der KHK	<p><u>Allgemeine Voraussetzungen:</u> Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information und Kenntnisnahme durch das Praxis-Manual zu Beginn der Teilnahme</p> <p><u>Fachliche Voraussetzungen:</u> Facharzt für Innere Medizin mit einer mindestens einjährigen Tätigkeit in einer Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie</p> <p>oder</p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Kardiologie“</p> <p>Regelmäßige, mindestens einmal jährliche, KHK einschließende Fortbildung,</p> <p><u>Organisatorische Voraussetzungen und Geräte:</u></p> <p>Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards 24-Stunden-Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards</p> <p>Qualitätsgesicherte EKG – Durchführung</p> <p>Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie²</p> <p>Echokardiographie unter Berücksichtigung der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie³ und dem Nachweis der Befähigung zur Durchführung der Echokardiographie gegenüber der KV MV</p> <p>Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann</p> <p>Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax ggf. per Auftragsleistung</p>

² Leitlinien zur Ergometrie. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H. J. Trappe und H. Löllgen: Z. Kardiol. 89(2000),821-837

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzung/ Nachweis
<p>Kardiologe mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen</p>	<p><u>Allgemeine Voraussetzungen:</u> Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. Information und Kenntnisnahme durch das Praxis-Manual zu Beginn der Teilnahme</p> <p><u>Fachliche Voraussetzungen:</u> Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Kardiologie“ Nachweis der Befähigung zur Durchführung invasiver kardiologischer Leistungen⁴ (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen) gegenüber der KV MV</p>

³ Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie, herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung Z. Kardiol 86: 387-403 (1997)

⁴ gem. „Voraussetzung gem. §135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen vom 03.09.1999“

Anlage 3 - Strukturqualität für andere Leistungserbringer gemäß § 3 und 4 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Strukturqualität für andere Leistungserbringer

Spezialisierte Mitbehandlung	Voraussetzung/ Nachweis
Durchführung eines Belastungs-EKGs	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Facharztbezeichnung oder • Facharzt für Innere Medizin <p>Bei der Durchführung eines Belastungs-EKGs sind die personellen und räumlichen Voraussetzungen der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (Leitlinie zur Ergometrie)¹ zu berücksichtigen</p>
Durchführung invasiver kardiologischer Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“ • Nachweis der Befähigung zur Durchführung invasiver kardiologischer Leistungen² (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen) gegenüber der KV MV
Hypertoniebehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Innere Medizin, Allgemeinärzte, praktische Ärzte
Behandlung psychischer Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Arzt mit der Zusatzqualifikation Psychotherapie oder • Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder • psychologischer Psychotherapeut oder • Facharzt für Psychiatrie

¹ Leitlinien zur Ergometrie. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H. J. Trappe und H. Löllgen: Z. Kardiol. 89(2000),821-837

² gem. „Voraussetzung gem. §135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen vom 03.09.1999“

Anlage 4 - Strukturqualität Krankenhaus gemäß § 4a des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Strukturqualität Krankenhaus

Bei der Aufnahme und Behandlung teilnehmender Versicherter aufgrund der Diagnose Koronare Herzkrankheit soll vorrangig in Krankenhäuser überwiesen werden, die die Inhalte der Anlage 5, Punkt 1 bis 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) beachten und folgende Voraussetzungen erfüllen:

- (1) Die Krankenhäuser haben eine bettenführende internistische Abteilung mit kardiologischem Leistungsprofil.
Das Krankenhaus hat darüber hinaus mindestens 2 intensivmedizinische Betten zur Behandlung von Patienten mit KHK vorzuweisen.
- (2) Personelle Voraussetzungen:

Ärztliches Personal

- Ständige Erreichbarkeit mindestens eines Facharztes für Innere Medizin mit Erfahrung in der Versorgung von kardiovaskulären und kardiopulmonalen Notfällen
- Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung
 - eines Kardiologen,
 - eines Facharztes für Neurologie,
 - eines Radiologen und
 - eines Facharztes für Psychotherapeutische Medizin oder eines psychologischen Psychotherapeuten oder eines Psychiaters oder eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapeut

Nichtärztliches Personal

- Ausgebildetes Personal für die Betreuung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit und der Befähigung des sorgfältigen Anlegens und einer guten EKG-Registrierung,
- Ausgebildetes Personal für die Durchführung von mobilisierender Krankengymnastik und Atemgymnastik

(3) Organisatorische Voraussetzungen und Geräteausstattungen:

- Linksherzkathetermessplatz [bei der Durchführung von Linksherzkatheteruntersuchungen und der therapeutische Katheterinterventionen gelten die Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen vom 3. September 1999¹]
- Qualitätsgesicherte Blutdruckmessung
- Qualitätsgesicherte 24-Stunden-Blutdruckmessung
- Qualitätsgesicherte EKG – Durchführung und Befundung
- Qualitätsgesicherte Belastungs-EKG – Messung, die unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie² (Leitlinie zur Ergometrie) und der entsprechenden räumlichen und personellen Voraussetzungen durchzuführen ist
- Qualitätsgesicherte Echokardiographie unter Berücksichtigung der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie³,
- Nachweis der qualitätskontrollierten Methode zur Bestimmung von Laborchemischen Parametern anhand eines Ringversuchzertifikats
- Möglichkeit zur ständigen Durchführung und Befundung der Röntgenuntersuchung des Thorax unter Einhaltung der Voraussetzungen gemäß der Strahlenschutzverordnung
- Mindestens einmal jährlich eine innerbetriebliche Fortbildung aller an der Versorgung Beteiligten über die jeweils aktuellen Inhalte der Anlage 5 der RSAV.

¹ veröffentlicht Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 38, 24. September 1999, A2384-2388

² Leitlinien zur Ergometrie. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H. J. Trappe und H. Löllgen: Z. Kardiol. 89(2000),821-837

³ Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie, herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung Z. Kardiol 86: 387-403 (1997)

Anlage 4a – Teilnahmeantrag für Krankenhäuser gemäß § 4a des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Antrag

Das XX-Krankenhaus
 Straße
 Ort

- im folgenden Krankenhaus genannt -
 vertreten durch

gibt folgende Erklärung ab:

Erklärung

Das Krankenhaus ist bereit, an dem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137 f SGB V KHK teilzunehmen und erfüllt folgende Voraussetzungen zur Behandlung von Patienten, die an Koronarer Herzkrankheit leiden:

1. Leistungsprofil

Eine bettenführende internistische Abteilung mit kardiologischem Leistungsprofil

ja **nein**

Erläuterungen zum Leistungsprofil:

Summe der im Jahr 2003 stationär behandelten Patienten mit KHK-Hauptdiagnose

Durchschnittlich belegte Betten in 2003 mit Patienten mit KHK Hauptdiagnose auf der bettenführenden internistischen Abteilung mit kardiologischem Leistungsprofil

Mindestens zwei intensivmedizinische Betten mit entsprechender Aufteilung zur Behandlung bei Koronaren Herzkrankheiten

ja **nein**

2. Personelle Voraussetzungen:

2.1. Ärztliches Personal

Möglichkeit der ständigen Erreichbarkeit mindestens eines Facharztes für Innere Medizin mit Erfahrung in der Versorgung von kardiovaskulären und kardiopulmonalen Notfällen

ja nein

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Kardiologen

ja nein

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Facharztes für Neurologie

ja nein

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Radiologen

ja nein

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Facharztes für Psychotherapeutische Medizin

oder

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines psychologischen Psychotherapeuten

oder

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Psychiaters

oder

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapeut

ja nein

2.2. Nichtärztliches Personal

Ausgebildetes Personal für die Betreuung von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit und mit der Befähigung zur Durchführung der EKG-Diagnostik

ja nein

Ausgebildetes Personal für die Durchführung von mobilisierender Krankengymnastik und Atemgymnastik

ja nein

3. Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung

3.1. Diagnostik und Monitoring

Linksherzkathetermessplatz

(Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterintervention unter Beachtung der Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen vom 03.09.1999)¹

ja nein

Qualitätsgesicherte Blutdruckmessung

ja nein

Qualitätsgesicherte 24-Stunden-Blutdruckmessung

ja nein

Qualitätsgesicherte EKG – Durchführung und Befundung

ja nein

Qualitätsgesicherte Belastungs-EKG – Messung, mit ständiger Anwesenheit eines Arztes, die unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie² (Leitlinie zur Ergometrie) und der entsprechenden räumlichen und personellen Voraussetzungen durchgeführt wurde

ja nein

• *Ergometriegerät*

ja nein

• *12 Kanal EKG*

ja nein

• *EKG Monitoring*

ja nein

• *Defibrillator*

ja nein

• *Notfallausrüstung zur Intubation (Ambubeutel, Laryngoskop, Endotrachealtubus Führungsstab, Magill-Zange)*

ja nein

• *Geräte zur Infusionstherapie (Infusionslösungen, (NaCl, Glukose), Infusions-Bestecke)*

ja nein

• *Notfallmedikation*

ja nein

• *Möglichkeit der O2- Gabe per Nasensonde*

ja nein

¹ veröffentlicht Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 38, 24. September 1999, A2384-2388

² Leitlinien zur Ergometrie. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H. J. Trappe und H. Löllgen: Z. Kardiol. 89(2000),821-837

3.2. Spezielle Qualitätsanforderungen

Qualitätsgesicherte Echokardiographie unter Berücksichtigung der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie³

ja nein

Nachweis der qualitätskontrollierten Methode zur Bestimmung von Laborchemischen Parametern anhand eines Ringversuchzertifikats

ja nein

Möglichkeit zur ständigen Durchführung und Befundung der Röntgenuntersuchung des Thorax

ja nein

Mindestens einmal jährlich eine innerbetriebliche Fortbildung aller an der Versorgung Beteiligten über die jeweils aktuellen Inhalte der Anlage 5 der RSAV.

ja nein

Die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 4 *“Strukturqualität Krankenhaus“* des DMP-Vertrags KHK sind erfüllt.

Die entsprechenden Nachweise für die oben gemachten Angaben sind dem Antrag als Anlage beigefügt.

Wir sind damit einverstanden, dass die nachzuweisenden Voraussetzungen bei Antrag auf Teilnahme und nachfolgend alle 24 Monate von den Krankenkassen /-verbänden überprüft werden.

Wir haben den DMP-Vertrag KHK vom xx.xx.xxxx zustimmend zur Kenntnis genommen und werden diesen nach der positiven Bescheidung des Antrages allen an der Durchführung des DMP beteiligten Mitarbeitern bekannt geben.

Das Krankenhaus stellt sicher, dass alle vertraglichen Pflichten zum Wohle der betroffenen Patienten erfüllt werden.

³ Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie, herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung Z. Kardiol 86: 387-403 (1997)

Mit dieser Erklärung verpflichten wir uns zur Einhaltung der Strukturqualität gemäß Anlage 4 "*Strukturqualität Krankenhaus*" des DMP-Vertrags KHK, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß Anlage 5 der RSAV.

Wir bestätigen die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und werden Änderungen gegenüber den Krankenkassen /-verbänden unverzüglich schriftlich mitteilen.

Ort, Datum

Vertretungsberechtigte des Krankenhauses

Anlage 5 – Teilnahmeerklärung Vertragsarzt gemäß § 5 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Disease Management Programm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Ich bin umfassend über die Ziele und die Inhalte des Disease-Management-Programms (DMP) KHK informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Das dazugehörige Praxismanual und den Vertrag habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP KHK im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung MV und den vertragsabschließenden Krankenkassen MV nehme ich teil.
(Bitte im folgenden ein Feld ankreuzen!)

1. Ich möchte als **koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3** des Vertrages teilnehmen.
- oder
2. Ich möchte als **Facharzt gemäß § 4 als fachärztlich tätiger Internist oder Kardiologe zur nicht-invasiven Diagnostik und Therapie der KHK** teilnehmen.
- oder
3. Ich möchte als Facharzt gemäß § 4 als **Kardiologe mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnungen invasiver kardiologischer Leistungen** teilnehmen.

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den *Abschnitten VII und VIII*.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß *Abschnitt IV* und der Aufgaben des *Abschnitt II*.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund DMP, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- bei jeder Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens in dem gesonderten Verzeichnis "Teilnehmende Vertragsärzte am DMP KHK",
 - der Weitergabe des Verzeichnisses " Teilnehmende Vertragsärzte am DMP KHK" an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherungen sowie
 - der Evaluation der Dokumentationsbögen und Verwendung der Dokumentationsbögen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen einverstanden.
-

Mir ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
 2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
 3. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.
-

Hiermit genehmige ich gleichzeitig den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag vom 01.09.2003 zwischen

der Datenstelle

dmp-Datenstelle Mecklenburg-Vorpommern, Postfach 100344, 96055 Bamberg, Tel. 09 51 / 7 00 60 60

der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V - Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsstelle: AOK Mecklenburg-Vorpommern, Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin

und den **vertragsabschließenden Krankenkassen Mecklenburg-Vorpommern.**

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt (zukünftig im Internet und bei der KV MV) zu informieren.

Im Vertrag beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
2. fehlende, unvollständige oder inplausible Dokumentationen nachzufordern,
3. die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten 6a der RSAV und die Anonymisierung des Arztbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten 6b mit Ausnahme der Zeilen 1 -12 der Dokumentationsdaten 6b der Erstdokumentation i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV durchzuführen,
4. die Trennung der Dokumentationen in die Datensätze 6a und 6b (entsprechend den Anlagen 6a und 6b der RSAV) durchzuführen,
5. die Dokumentationsdaten 6a und 6b an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Mecklenburg-Vorpommern und die Krankenkassen im Rahmen dieses DMP die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Mecklenburg-Vorpommern, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

Anlage 6 – Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am Behandlungsprogramm KHK“ gemäß § 8 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V KHK zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Vorlage zur Erstellung des Verzeichnisses am DMP teilnehmender Vertragsärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Arzt-Nr.	Status*	Titel	Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort	STQ nachgewiesen		Funktion							
										§ 3				§ 4			
								§ 3	§ 4	Beginn	Ende	Berechtigung Schulung	Beginn	Ende	Berechtigung Schulung	Berechtigung invasive Kardiologie	

* Status = Kennzeichnung ob es sich beim koordinierenden Vertragsarzt um einen Haus- oder Facharzt bzw. um eine Einrichtung nach § 116b SGB V handelt

In den Feldern „Beginn“ werden die seit Erstellung des letzten Verzeichnisses neu hinzugetretenen, in den Feldern „Ende“ die seit Erstellung des letzten Verzeichnisses ausgeschiedenen Ärzte deutlich markiert, z.B. durch Färbung des entsprechenden Feldes.

Anlage 7 – Verzeichnis „Teilnehmende Krankenhäuser am Behandlungsprogramm KHK“ gemäß § 8 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V KHK zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Vorlage zur Erstellung des Verzeichnisses am DMP teilnehmender Krankenhäuser

Krhs-IK	Name des Krankenhauses	Standort	Verantwortlicher Chefarzt	Straße	PLZ	Ort	Beginn	Ende

In den Feldern „Beginn“ werden die seit Erstellung des letzten Verzeichnisses neu hinzugetretenen, in den Feldern „Ende“ die seit Erstellung des letzten Verzeichnisses ausgeschiedenen stationären Einrichtung deutlich markiert, z.B. durch Färbung des entsprechenden Feldes.

Anlage 8 – Versorgungsinhalte gemäß § 9 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Versorgungsinhalte gemäß Anlage 5 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung

1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

1.1 Definition der koronaren Herzkrankheit (KHK)

Die koronare Herzkrankheit ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und –angebot im Herzmuskel.

1.2 Hinreichende Diagnostik für die Aufnahme in ein strukturiertes Behandlungsprogramm

1.2.1 Chronische KHK

Die Diagnose einer koronaren Herzkrankheit kann unter folgenden Bedingungen mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit gestellt werden:

1. bei einem akuten Koronarsyndrom¹, auch in der Vorgeschichte
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90%) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt². Nur bei Patienten, die nach Feststellung des Arztes aus gesundheitlichen Gründen für ein Belastungs-EKG nicht in Frage kommen oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher, Patienten physikalisch nicht belastbar), können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden.
3. durch direkten Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen unter 1.5.3.1).

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Ziffer 3.

¹ Nach der Definition in ACC/AHA (2002a): American College of Cardiology and American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction.

² Die Nachtttest-Wahrscheinlichkeit (nach Durchführung eines Belastungs-EKGs) ist zu berechnen nach Diamond, GA et al.: Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N. Engl. J. Med (1979); 300:1350-8. Für Patienten, die älter als 69 Jahre sind, sind die Werte der Altersgruppe von 60 – 69 Jahren heranzuziehen

1.2.2 Akutes Koronarsyndrom

Das akute Koronarsyndrom beinhaltet die als Notfallsituationen zu betrachtenden Verlaufsformen der koronaren Herzkrankheit: den ST-Hebungsinfarkt, den Nicht-ST-Hebungsinfarkt, die instabile Angina Pectoris. Die Diagnose wird durch die Schmerzanamnese, das EKG und Laboratoriumsuntersuchungen (z.B. Markerproteine) gestellt.

1.3 Therapieziele

Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina-pectoris-Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

1. Reduktion der Sterblichkeit,
2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
3. Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

1.4 Differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung

Patienten mit koronarer Herzerkrankung haben ein erhöhtes Risiko, einen Myokardinfarkt zu erleiden oder zu versterben.

Dieses Risiko richtet sich sowohl nach dem Schweregrad der Erkrankung als auch nach den Risikoindekatoren (z.B. Alter und Geschlecht, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Hypertonie, linksventrikuläre Funktionsstörung, Rauchen, genetische Disposition) des Patienten. Daher soll der Leistungserbringer individuell das Risiko für diesen Patienten einmal jährlich beschreiben, sofern der Krankheitsverlauf kein anderes Vorgehen erfordert. Bei Vorliegen von Risikofaktoren, wie z. B. Diabetes mellitus oder Hypertonie, sind diese bei der individuellen Therapieplanung und –durchführung besonders zu berücksichtigen.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

Gemeinsam mit dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen.

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

1.5.1.1 Ernährungsberatung

Im Rahmen der Therapie berät der behandelnde Arzt den Patienten über eine KHK- spezifische gesunde Ernährung.

1.5.1.2 Raucherberatung

Im Rahmen der Therapie klärt der behandelnde Arzt den Patienten auf über die besonderen Risiken des Rauchens für Patienten mit KHK, verbunden mit spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben.

- Der Raucherstatus sollte bei jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden,

- Raucher sollten in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören,
- es ist festzustellen, ob der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen,
- für änderungsbereite Raucher sollte professionelle Beratungshilfe (z.B. verhaltenspsychologisch) zur Verfügung gestellt werden,
- es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.5.1.3 Körperliche Aktivitäten

Der Arzt überprüft mindestens einmal jährlich, ob der Patient von einer Steigerung der körperlichen Aktivität profitiert. Mögliche Interventionen sollen darauf ausgerichtet sein, den Patienten zu motivieren, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in seinen Lebensstil zu integrieren.

1.5.1.4 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von pathophysiologischen, psychologischen, psychiatrischen und sozialen Faktoren bei der KHK ist durch den Arzt zu prüfen, inwieweit Patienten von psychotherapeutischen, psychiatrischen und/oder verhaltensmedizinischen Maßnahmen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

Mangelnde Krankheitsbewältigung, Motivation und Compliance, fehlender sozio-emotionaler Rückhalt, Probleme am Arbeitsplatz sind u.a. zu berücksichtigen. Auf Grund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität sollte die Depression besondere Beachtung finden.

1.5.2 Medikamentöse Therapie

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Behandlung der KHK verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele in randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) nachgewiesen wurden.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.

1. Für die Behandlung der chronischen KHK, insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen. Dieser Nutzen ist besonders bei Risikokollektiven wie Diabetes-mellitus-Patienten überdurchschnittlich hoch. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Bisoprolol, Metoprolol, Atenolol, Acebutolol, Propranolol.
2. Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK werden primär Betablocker – ggf. in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten³ – empfohlen.
3. Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK sind bei absoluten Kontraindikationen für Betablocker (z.B. bei Asthma bronchiale, höhergradigem AV-Block) Nitrate und/oder Kalzium-Antagonisten³ zu erwägen.
4. Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erwogen werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung nachgewiesen ist. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Simvastatin und Pravastatin.
5. Bei chronischer KHK mit gleichzeitig vorliegender Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion ist eine Therapie mit Angiotensin- Conversions-Enzym-Hemmern

³ Die Anwendung von kurzwirkenden Kalzium-Antagonisten vom Dihydropyridin-Typ sollte vermieden werden.

(ACE-Hemmer) grundsätzlich indiziert. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, Trandolapril. Auch bei chronischer KHK ohne gleichzeitig bestehende Herzinsuffizienz oder asymptomatische linksventrikuläre Dysfunktion kann die Gabe von Ramipril erwogen werden. Bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern können Angiotensin-1-Rezeptoren-Blocker (jeweils entsprechend dem arzneimittelrechtlichen Zulassungsstatus) erwogen werden.

6. Grundsätzlich sollen alle Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.

1.5.3 Koronarangiografie - Interventionelle Therapie – Koronarrevaskularisation

Gemeinsam mit dem Patienten ist die Entscheidung zur invasiven Diagnostik/Intervention im Rahmen einer differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Nutzen- und Risikoabschätzung vorzunehmen.

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und ggf. therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

Für die Entscheidung zur Durchführung einer Koronarangiographie, interventionellen Therapie und operativen Koronarrevaskularisation sollen gemäß evidenzbasierten Leitlinien folgende Empfehlungen berücksichtigt werden.

1.5.3.1 Koronarangiografie

Gemäß evidenzbasierten Leitlinien ist insbesondere in folgenden Fällen die Durchführung einer Koronarangiografie zu erwägen:

- Patienten, die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben⁴,
- Patienten mit stabiler Angina Pectoris trotz medikamentöser Therapie (CCS Klasse III und IV)⁵,
- Patienten mit Hochrisikomerkmalen bei der nicht-invasiven Vortestung, unabhängig von der Schwere der Angina Pectoris⁶,
- Patienten mit Angina, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
- Patienten mit Angina und Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz.

1.5.3.2 Interventionelle Therapie und Koronarrevaskularisation

Vorrangig sollten unter Berücksichtigung des klinischen Gesamtbildes, der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen nur solche invasiven Therapiemaßnahmen erwogen werden, deren Nutzen und Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele insbesondere in randomisierten und kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Dabei ist der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft - unter Einbeziehung von evidenzbasierten Leitlinien oder Studien jeweils best verfügbarer Evidenz - zu berücksichtigen.

Vor der Durchführung von invasiven Therapiemaßnahmen ist eine individuelle Nutzen-Risikoabwägung durchzuführen. Insbesondere ist die hämodynamische und funktionelle Relevanz der festgestellten Gefäßveränderungen zu prüfen.

⁴ Betrifft das Therapieziel: „Senkung der Morbidität, Mortalität“.

⁵ Betrifft das Therapieziel: „Beschwerdefreiheit“.

⁶ Betrifft das Therapieziel: „Senkung der Morbidität, Mortalität“.

Gemäß evidenzbasierten Leitlinien ist insbesondere in folgenden Fällen die Durchführung einer interventionellen Therapie oder einer operativen Koronarrevaskularisation zu erwägen (Empfehlungen, bei denen Evidenz und/oder allgemeiner Konsens besteht, dass die Maßnahme nützlich und effektiv ist – Klasse I):

- koronare Bypassoperation (ACVB⁷) für Patienten mit signifikanter linker Hauptstammstenose,
- ACVB für Patienten mit Dreifäßerkrankung. Der Überlebensvorteil ist größer bei Patienten mit verminderter linksventrikulärer Funktion (Ejektionsfraktion unter 50%),
- ACVB für Patienten mit Zweifäßerkrankung mit einer signifikanten, proximalen Stenose des Ramus interventricularis anterior (RIA) und entweder verminderter linksventrikulärer Funktion (Ejektionsfraktion unter 50%) oder nachweisbarer Ischämie bei nicht-invasiver Untersuchung,
- perkutane Koronarintervention (PCI) für Patienten mit Zwei- oder Dreifäßerkrankung mit einer signifikanten proximalen RIA-Stenose und einem Gefäßstatus, der für eine kathetergestützte Therapie geeignet ist, und die eine normale linksventrikuläre Funktion und keinen behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus aufweisen,
- PCI oder ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweifäßerkrankung ohne signifikante proximale RIA-Stenose, aber mit einem großen Areal an vitalem Myokard und Hochrisikokriterien nach nicht-invasiver Untersuchung,
- ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweifäßerkrankung ohne signifikante proximale RIA-Stenose, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine anhaltende ventrikuläre Tachykardie überlebt haben,
- PCI oder ACVB für Patienten mit vorausgegangener PTCA und Rezidivstenose, zusammen mit einem großen Areal an vitalem Myokard oder mit Hochrisikokriterien nach nicht-invasiver Untersuchung,
- PCI oder ACVB bei Patienten nach erfolgloser medikamentöser Therapie, bei denen eine Revaskularisierung mit zumutbarem Risiko durchgeführt werden kann.

Empfehlungen, bei denen Evidenz und/oder allgemeiner Konsens besteht, der eher für Nützlichkeit/Effektivität der Maßnahmen spricht (Klasse IIa):

- wiederholte ACVB (Aorto-Coronarer-Venen-Bypass) bei Patienten mit multiplen Bypass-Stenosen, insbesondere bei signifikanter Stenose eines Bypasses zum RIA. PCI kann angezeigt sein für isolierte Bypass-Stenosen oder multiple Stenosen bei Patienten mit Kontraindikationen für wiederholte ACVB,
- PCI oder ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweifäßerkrankungen ohne signifikante proximale RIA-Stenose, aber mit einem mittelgroßen Areal an vitalem Myokard und nachweisbarer Ischämie bei der nicht-invasiven Untersuchung,
- PCI oder ACVB für Patienten mit Eingefäßerkrankung und signifikanter proximaler RIA-Stenose.

1.6 Rehabilitation

Die kardiologische Rehabilitation ist der Prozess, bei dem herzkranken Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit sowie soziale Integration zu erlangen und aufrecht zu erhalten.

Die kardiologische Rehabilitation ist Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von KHK-Patienten. Die Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient sollen Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Selbstverantwortung des Patienten, berücksichtigen.

Dimensionen / Inhalte der Rehabilitation sind insbesondere:

- somatische Ebene: Überwachung, Risikostratifizierung, Therapieanpassung, Remobilisierung, Training, Sekundärprävention,
- psychosoziale Ebene: Krankheitsbewältigung, Verminderung von Angst und Depressivität.
- edukative Ebene (insbesondere Beratung, Schulung): Vermittlung von krankheitsbezogenem Wissen und Fertigkeiten (u.a. Krankheitsverständnis, Modifikation des Lebensstils und der Risikofaktoren), Motivationsstärkung,

⁷ Gemeint ist die operative Revaskularisation durch arteriell und/oder venöse Bypass-Gefäße.

- sozialmedizinische Ebene: berufliche Wiedereingliederung, Erhaltung der Selbständigkeit.

Die Rehabilitation als Gesamtkonzept umfasst (nach WHO und in Anlehnung an SIGN 2002):

- die Frühmobilisation während der Akutbehandlung,
- die Rehabilitation (nach Ziffer 1.7.4) im Anschluss an die Akutbehandlung,
- langfristige wohnortnahe Nachsorge und Betreuung.

1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Betreuung des chronischen KHK-Patienten erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant und stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.7.1 Hausärztliche Versorgung

Die Langzeitbetreuung des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch den Hausarzt im Rahmen seiner im § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit koronarer Herzkrankheit eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 sind von der gewählten Ärztin, vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

1.7.2 Überweisung vom behandelnden Arzt zum jeweils qualifizierten Facharzt bzw. zur qualifizierten Einrichtung

Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patienten mit chronischer KHK zum jeweils qualifizierten Facharzt/zur qualifizierten Einrichtung bzw. bei psychotherapeutischer Mitbehandlung zum Psychotherapeuten erfolgen soll:

- zunehmende oder erstmalige Angina Pectoris Beschwerden,
- neu aufgetretene Herzinsuffizienz,
- neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
- medikamentöse Non-Responder,
- Patienten mit Komorbiditäten (z.B. Hypertonie, Diabetes, Depression),
- Mitbehandlung von Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (z.B. Klappenvitien),
- Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie,
- Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
- Rehabilitation,
- Psychiatrische/Psychotherapeutische Mitbehandlung,
- Schulung von Patienten.

Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur stationären Behandlung von Patienten mit chronischer KHK in einer qualifizierten stationären Einrichtung sind insbesondere:

- akutes Koronarsyndrom,
- Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge- und Begleiterkrankungen (z.B. Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus).

Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Einweisung zur stationären Behandlung zu erwägen bei Patienten, bei denen eine invasive Diagnostik und Therapie indiziert ist.

1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Eine Rehabilitationsmaßnahme (im Sinne von Ziffer 1.6) ist insbesondere zu erwägen:

- nach akutem Koronarsyndrom,
- nach koronarer Revaskularisation,
- bei Patienten mit stabiler Angina pectoris und dadurch bedingten limitierenden Symptomen⁸ nach Ausschöpfung konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen,
- bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und dadurch bedingten limitierenden Symptomen nach Ausschöpfung konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

2.1 Allgemeine Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen. Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. Bis zur Einführung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

2.2 KHK-spezifische Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den strukturierten Behandlungsprogrammen

Im Sinne des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung vereinbaren die Vertragspartner auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen beteiligten Versorgungssektoren einheitliche Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Leistungserbringer und des medizinischen Personals, an die technische, apparative und gegebenenfalls räumliche Ausstattung sowie an die organisatorischen Voraussetzungen bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen.

Bei der Durchführung von Belastungs-EKGs sollen insbesondere die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie⁹ berücksichtigt werden.

⁸ Unter limitierenden Symptomen ist eine für den Patienten – unter Berücksichtigung seiner individuellen Lebensumstände - wesentliche Einschränkung seiner Lebensqualität zu verstehen. Diese kann nur individuell festgelegt werden.

⁹ Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H.-J. Trappe und H. Löllgen: Leitlinien zur Ergometrie. Z. Kardiol. 89(2000),821-837

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Der behandelnde Arzt soll prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Voraussetzung für die Einschreibung eines Versicherten ist

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt gemäß Ziffer 1.2,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten und
- die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, daß Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten, sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

Der Versicherte bestätigt mit seiner Teilnahmeerklärung, dass er im Einzelnen

- die Programm- und Versorgungsziele kennt und an ihrer Erreichung mitwirken wird,
- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen einschließlich der verfügbaren Leistungsanbieter kennt und unterstützen wird und
- über die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden ist sowie
- über die mit seiner Teilnahme an dem Programm verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten informiert worden ist, insbesondere über die Möglichkeit einer Übermittlung von Befunddaten an die Krankenkassen zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Patienten mit manifester koronarer Herzkrankheit (KHK) können in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien zusätzlich zu den in Ziffer 3.1 genannten Voraussetzungen erfüllt ist:

1. bei einem akuten Koronarsyndrom¹⁰, auch in der Vorgeschichte
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, das innerhalb der letzten drei Jahre durchgeführt worden ist, eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90%) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt¹¹. Nur bei Patienten, die nach Feststellung des Arztes aus gesundheitlichen Gründen für ein Belastungs-EKG nicht in Frage kommen, oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher, Patienten physikalisch nicht belastbar) können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnose-sicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden,

¹⁰ Nach der Definition in ACC/AHA (2002a): American College of Cardiology and American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction.

¹¹ Die Nachtest-Wahrscheinlichkeit (nach Durchführung eines Belastungs-EKGs) ist zu berechnen nach Diamond, GA et al.: Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N. Engl. J. Med (1979); 300:1350-8. Für Patienten, die älter als 69 Jahre sind, sind die Werte der Altersgruppe von 60 – 69 Jahren heranzuziehen.

3. direkter Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen nach Ziffer 1.5.3.1).

4. Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 4 der Anlage 1 gelten entsprechend.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen u.a. auf die vereinbarten Management- Komponenten, insbesondere der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

4.2 Schulungen der Versicherten

Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137 f Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen.

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüft der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (z.B. Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt werden. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

5. Evaluation (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Anlage 6a
(zu §§ 28b bis 28g)

Koronare Herzkrankheit – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname des Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nr.	9-stellige Nummer
7	Vertragsarzt-Nr.	7-stellige Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
10	Geschlecht	Männlich / Weiblich
11	Angina Pectoris	Typisch: Grad I / II / III / IV / Atypisch / Nicht-anginöser Brustschmerz / Keine Schmerzsymptomatik
12	Belastungs-EKG: ST-Streckensenkung	Wert in mm / Nicht durchgeführt: Physikalisch nicht belastbar / Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich / Kontraindikation liegt vor
13	Diagnose gesichert durch	Akutes Koronarsyndrom, auch in der Vorgeschichte (Ruhe-EKG, Schmerzsymptomatik und Markerproteine) / Mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK (Alter, Geschlecht, Schmerzsymptomatik und Belastungs-EKG nicht älter als drei Jahre) / Nicht-invasive bildgebende Verfahren (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) / Invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)
Anamnese		
14	Diagnose bekannt seit	JJJJ
15	Raucher	Ja / Nein
16	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen	Keine / Hypertonus / Herzinsuffizienz / Symptomatische Herzrhythmusstörungen / Herzinfarkt / Diabetes mellitus / Fettstoffwechselstörung / Sonstige
Aktuelle Befunde		
17	Körpergröße	m
18	Körpergewicht	kg
19	Blutdruck	Wert in mmHg
20	Cholesterin, gesamt	Wert in mmol/l oder mg/dl / Nicht untersucht
21	LDL-Cholesterin	Wert in mmol/l oder mg/dl / Nicht untersucht

Koronare Herzkrankheit – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Relevante Ereignisse		
22	Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	Anzahl
23	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	Anzahl
24	Erfolgte koronartherapeutische Intervention	Keine / Percutane Intervention / Bypass-Operation
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
25	Diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein
26	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation
27	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
28	Nitrate	Ja / Nein
29	ACE-Hemmer	Ja / Nein
30	Kalzium-Antagonisten	Ja / Nein
31	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein
32	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein
Schulungen		
33	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
34	Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
35	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	Ja / Nein
36	Zielvereinbarung Blutdruck	Aktuellen Blutdruckwert halten / senken
37	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein
38	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
39	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Koronare Herzkrankheit – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname des Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nr.	9-stellige Nummer

Koronare Herzkrankheit – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
7	Vertragsarzt-Nr.	7-stellige Nummer
8	Krankenhaus-IK	
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Anamnese		
10	Raucher	Ja / Nein
11	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen	Keine / Hypertonus / Herzinsuffizienz / Symptomatische Herzrhythmusstörungen / Herzinfarkt / Diabetes mellitus / Fettstoffwechselstörung / Sonstige
Aktuelle Befunde		
12	Angina Pectoris	Typisch: Grad I / II / III / IV / Atypisch / Nicht-anginöser Brustschmerz / Keine Schmerzsymptomatik
13	Herzinsuffizienz	Nein / Ja: -> NYHA I / II / III / IV
14	Blutdruck	Wert in mmHg
15	Cholesterin, gesamt	Wert in mmol/l oder mg/dl / Nicht untersucht
16	LDL-Cholesterin	Wert in mmol/l oder mg/dl / Nicht untersucht
Relevante Ereignisse		
17	Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK seit der letzten Dokumentation	Anzahl
18	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK seit der letzten Dokumentation	Anzahl
19	Akutes Koronarsyndrom seit der letzten Dokumentation	Ja / Nein
20	KHK-spezifische diagnostische und therapeutische Intervention seit der letzten Dokumentation	Keine / Koronarangiografie / Percutane Intervention / Bypass-Operation
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
21	Diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein
22	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation
23	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
24	Nitrate	Ja / Nein
25	ACE-Hemmer	Ja / Nein
26	Kalzium-Antagonisten	Ja / Nein
27	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein
28	Sonstige aktuelle diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein
Schulungen		
29	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine

Koronare Herzkrankheit – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
30	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)	Diabetes-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Hypertonie-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich INR-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Andere Schulungen: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
31	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	Ja / Nein
32	Zielvereinbarung Blutdruck	Aktuellen Blutdruckwert halten / senken
33	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein
34	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
35	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Anlage 6b
(zu §§ 28b bis 28g)

Koronare Herzkrankheit – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
2	Name, Vorname des Versicherten	
3	Geb. am	TT.MM.JJJJ
4	Kassen-Nr.	7-stellige Nummer
5	Versicherten-Nr.	9-stellige Nummer
6	Vertragsarzt-Nr.	7-stellige Nummer
7	Krankenhaus-IK	Nummer
8	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
9	Geschlecht	Männlich / Weiblich
10	Angina Pectoris	Typisch: Grad I / II / III / IV / Atypisch / Nicht-anginöser Brustschmerz / Keine Schmerzsymptomatik
11	Belastungs-EKG: ST-Streckensenkung	Wert in mm / Nicht durchgeführt: Physikalisch nicht belastbar / Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich / Kontraindikation liegt vor
12	Diagnose gesichert durch	Akutes Koronarsyndrom, auch in der Vorge- schichte (Ruhe-EKG, Schmerzsymptomatik und Markerproteine) / Mindestens 90%ige Wahr- scheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK (Al- ter, Geschlecht, Schmerzsymptomatik und Be- lastungs-EKG nicht älter als drei Jahre) / Nicht- invasives bildgebendes Verfahren (echokardi- ografische oder szintigrafische Verfahren) / In- vasive bildgebende Verfahren (Koronarangi- ografie)
Anamnese		
13	Diagnose bekannt seit	JJJ
14	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen	Keine / Hypertonus / Herzinsuffizienz / Sym- ptomatische Herzrhythmusstörungen / Herzin- farkt / Diabetes mellitus / Fettstoffwechselstö- rung / Sonstige
Relevante Ereignisse		
15	Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	Anzahl
16	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	Anzahl
17	Erfolgte koronartherapeutische Intervention	Keine / Percutane Intervention / Bypass- Operation
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
18	Diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein

Koronare Herzkrankheit – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Schulungen		
19	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
20	Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
21	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	Ja / Nein
22	Zielvereinbarung Blutdruck	Aktuellen Blutdruckwert halten / senken
23	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein
24	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
25	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Koronare Herzkrankheit – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
2	Name, Vorname des Versicherten	
3	Geb. am	TT.MM.JJJJ
4	Kassen-Nr.	7-stellige Nummer
5	Versicherten-Nr.	9-stellige Nummer
6	Vertragsarzt-Nr.	7-stellige Nummer
7	Krankenhaus-IK	Nummer
8	Datum	TT.MM.JJJJ
Anamnese		
9	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen	Keine / Hypertonus / Herzinsuffizienz / Symptomatische Herzrhythmusstörungen / Herzinfarkt / Diabetes mellitus / Fettstoffwechselstörung / Sonstige
Aktuelle Befunde		
10	Angina Pectoris	Typisch: Grad I / II / III / IV / Atypisch / Nicht-anginöser Brustschmerz / Keine Schmerzsymptomatik
Relevante Ereignisse		
11	Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK seit der letzten Dokumentation	Anzahl
12	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK seit der letzten Dokumentation	Anzahl
13	Akutes Koronarsyndrom seit der letzten Dokumentation	Ja / Nein

Koronare Herzkrankheit – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
14	KHK-spezifische diagnostische und therapeutische Intervention seit der letzten Dokumentation	Keine / Koronarangiografie / Percutane Intervention / Bypass-Operation
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
15	Diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein
Schulungen		
16	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
17	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)	Diabetes-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Hypertonie-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich INR-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Andere Schulungen: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
18	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	Ja / Nein
19	Zielvereinbarung Blutdruck	Aktuellen Blutdruckwert halten / senken
20	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein
21	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
22	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Anlage 9 – Qualitätssicherung gemäß § 10 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

QUALITÄTSSICHERUNGSZIELE, -INDIKATOREN UND -MASSNAHMEN Koronare Herzkrankheit

QUALITÄTSSICHERUNGSZIELE, -INDIKATOREN UND -MASSNAHMEN
Koronare Herzkrankheit auf Grundlage des Datensatzes 6a für die Gemeinsame Einrichtung

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auslösealgorithmen/Auswertung ¹	QS-Maßnahmen ²
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien			
Angina Pectoris Symptomatik soll durch geeignete Therapiemaßnahmen verbessert oder eine Verschlechterung verhindert werden.	<p>Anteil der Versicherten mit neu aufgetretener AP-Symptomatik oder Verschlechterung der AP-Symptomatik</p> <p>Dieser Anteil soll im ersten Jahr weniger als 70%, im zweiten Jahr weniger als 65% und im dritten Jahr weniger als 60% betragen.³</p>	Erhöhung der Zahl normotensiver Patienten mit bekannter Hypertonie	LE: Aufklärung/Informationen über das Feedback

¹ Die Felder beziehen sich auf die Lfd. Nr. der aktuellen Erst- (ED) oder Folgedokumentation (FD) der Anlage 6a der 9. RSAV.

² LE: Leistungserbringer-; V: Versicherten-Kontaktaufnahme

³ Der Indikator hat keinen direkten Bezug zu einer einzelnen Intervention im DMP. Daher dienen die vorgeschlagene Prozentzahlen des Qualitätszieles als erste anzustrebende Grundlage die im Verlauf des DMP Programms angepasst werden soll.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auslösealgorithmen/Auswertung ¹	QS-Maßnahmen ²
	<p>Anteil der Patienten mit RR systolisch <140 und diastolisch < 90 mmHg und bekannter Hypertonie an allen eingeschriebenen Patienten mit bekannter Hypertonie</p> <p>Der Anteil sollte über die Laufzeit des Programms im Mittel bei etwa 45% (ggf. bei mindestens 40% im ersten Jahr, im nächsten Jahr bei 45 % und im dritten Jahr bei 50 %) liegen.</p>	<p>a) Wenn in einer der vorhergehenden Dokumentationen Feld 16 (ED) oder im Feld 11 (FD) „Hypertonus“ angekreuzt ist und in der aktuellen Dokumentation im Feld 14 <u>systolisch < 140</u> und <u>diastolisch < 90</u> mmHg</p>	<p>LE: Aufklärung/ Information über den Feedbackbericht</p>
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie			
<p>Gabe von Thrombozyten- aggregationshemmern zur Sekundärprävention</p>	<p>Anteil der KHK-Patienten, die einen Thrombozyten- aggregationshemmer erhalten.</p> <p>Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen sollte über die Laufzeit des Programms im Mittel bei etwa 80% (ggf. 70-80-90%) betragen.</p>	<p><u>Deskription Kontraindikation:</u> Feld 27 (ED)/Feld 23 (FD) = „Kontraindikation“ an allen eingeschriebenen Patienten</p> <p><u>Auslösealgorithmus</u> Feld 27 (ED) / Feld 23 (FD) = „ja“ an allen eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikation</p>	<p>LE: Aufklärung/Informationen über das Feedback</p>

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auslösealgorithmen/Auswertung ¹	QS-Maßnahmen ²
Gabe von Betablockern bei Patienten mit chronischer KHK	<p>Anteil der Patienten, die einen Betablocker erhalten.</p> <p>Der Anteil der Patienten ohne Kontraindikationen, die einen Betablocker erhalten, sollte über die Laufzeit des Programms im Mittel bei etwa 80% (ggf. 75-80-85%) liegen.</p>	<p><u>Deskription Kontraindikation:</u> Feld 26 (ED)/Feld 22 (FD) = „Kontraindikation“ an allen eingeschriebenen Patienten</p> <p>Wenn Feld 26 (ED) /Feld 22 (FD) = „ja“ an allen eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikationen.</p>	LE: Aufklärung/Informationen über das Feedback
ACE Hemmer bei KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz	<p>Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer erhalten.</p> <p>Dieser Anteil sollte über die Laufzeit des Programms im Mittel bei 70% liegen (ggf. 60-70-80%)</p>	Wenn im Feld 13 (FD) bei „ja“ einer der Grade nach NYHA angekreuzt ist und im Feld 25 (FD) = „ja“	LE: Aufklärung/Informationen über das Feedback
Therapie mit HMG-CoA-Reduktase Hemmern bei Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt	<p>Anteil der Patienten mit Zustand nach Herzinfarkt, die eine Therapie mit HMG-CoA-Reduktasehemmer erhalten</p> <p>Dieser Anteil sollte über die Programmlaufzeit im Mittel bei 60% (ggf. 50-60-70%) liegen.</p>	Wenn Feld 27 (FD) = „ja“ und in Feld 16 (ED) oder Feld 11 (FD) der Dokumentation oder vorausgehender Dokumentationen „Herzinfarkt“ angekreuzt wurde	LE: Aufklärung/Informationen über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auslösealgorithmen/Auswertung ¹	QS-Maßnahmen ²
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7			
Einhaltung der Überweiskriterien ⁴	Anteil der Patienten, die bei folgenden Indikationen überwiesen wurden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zunehmende (ausschließlich bei typischer AP) oder erstmalige typische oder atypische AP-Symptomatik, ▪ neu aufgetretene Herzinsuffizienz, ▪ neu aufgetretene symptomatische Herzrhythmusstörungen. 	Wenn im Feld 12 (FD) typisch und „Grad > 1“ als in der Vordokumentation und im Feld 33 (FD) der gleichen Dokumentation = „nein“ oder im Feld 12 (FD) „typisch“ und in der Vordokumentation „keine“ oder „Nicht-anginöser-Brustschmerz“ und im Feld 33 (FD) der gleichen Dokumentation = „nein“; oder wenn in Feld 12 (FD) „atypisch“ und in der Vordokumentation „keine“ oder „Nicht-anginöser-Brustschmerz“ und im Feld 33 (FD) der gleichen Dokumentation = „nein“ . Wenn Feld 11 (FD) "Herzinsuffizienz" und /oder "Symptomatische Herzrhythmusstörungen" = „ja“ und Feld 33 (FD) der gleichen Dokumentation = „nein“	LE: Aufklärung/Informationen über das Feedback

⁴ Anderes als beim DMP Diabetes mellitus existieren hier jedoch keine "Musskriterien", die abprüfbar sind, sondern lediglich Hinweise, daher wird hier auf eine prozentuale Angabe verzichtet.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auslösealgorithmen/Auswertung ¹	QS-Maßnahmen ²
4. Einhaltung der in Verträgen vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität			
Einhaltung der Strukturqualität	100 % der Vertragsärzte erfüllen die vertraglich beschriebenen Anforderungen an die Strukturqualität	Die KV MV prüft die Voraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 und entscheidet über die Teilnahme und Abrechnungsgenehmigung des Vertragsarztes.	Vertraglich festgelegte Maßnahmen dieses Vertrags bei Verstoß gegen die vertraglich festgelegten Anforderungen und Pflichten
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation			
Sicherstellung der korrekten Einschreibung	Dauerhaft 100% korrekte Einschreibung	Negativer Plausibilitätstest der Felder 1-12 der Erstdokumentation	LE: Dokumentationsbogen mit der Bitte um korrekte Einschreibung zurückschicken LE: Infos über korrekte Einschreibung
Vollständigkeit der Dokumentation	Es wird eine Vollständigkeitsquote beim ersten Eingang (ohne Korrekturbedarf) von 60% nach Ablauf der ersten 12 Monate angestrebt, die im Laufe der nächsten 24 Monate auf 85% gesteigert werden soll	Wenn nicht alle erforderlichen Datenfelder der Dokumentation ausgefüllt sind	Nachforderung der fehlenden Dokumentationsparameter vom LE
Erhalt ausstehender Dokumentationen		Bei ausstehender Dokumentation	Reminder an LE

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auslösealgorithmen/Auswertung ¹	QS-Maßnahmen ²
6. Aktive Teilnahme der Versicherten			
Wahrnehmung empfohlener Schulungen	<p>Anteil der empfohlenen und wahrgenommenen Schulungen: Diabetes, Hypertonie.</p> <p>Über die Programmlaufzeit sollen im Mittel 60 % der Patienten, denen eine Schulung empfohlen wurde in einer der folgenden zwei Dokumentationen eine empfohlenen Schulungen wahrgenommen haben⁵.</p>	<p>Wenn im Feld 33 (ED) oder im Feld 29 (FD) "Diabetes-Schulung" und in Feld 30 in einer der folgenden beiden FD bei der Diabetes-Schulung = „ja“ angekreuzt ist.</p> <p>Wenn im Feld 33 (ED) oder im Feld 29 (FD) "Hypertonie-Schulung" und in Feld 30 in einer der folgenden beiden FD bei der Hypertonie-Schulung = „ja“ angekreuzt ist.</p>	LE: Information über das Feedback

⁵ In Abhängigkeit der Verfügbarkeit der Schulungen vor Ort

Erläuterungen und wissenschaftliche Quellen zur Qualitätssicherung (QS) Auf Grundlage des Datensatzes 6a

Allgemein

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für die Koronare Herzerkrankung verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende sechs Bereiche abdecken:

1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7
4. Einhaltung der in Verträgen vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
6. Aktive Teilnahme der Versicherten

Die Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen wurde so getroffen, dass für alle relevanten Bereiche der Qualitätssicherung jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden.

Die Koronare Herzerkrankung zeigt jedoch pathophysiologisch und klinisch ein komplexes Erscheinungsbild. Die jeweiligen Manifestationsformen gehen mit einer unterschiedlichen Prognose einher und erfordern ein hierauf abgestimmtes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen.

Die Qualitätssicherung auf der Grundlage des Datensatzes **6a** wird vorrangig über den **Feedback-Bericht** an den Leistungserbringer geleistet. Dieser Bericht wird halbjährlich erstellt und den teilnehmenden Ärzten zugesandt. Darin werden alle relevanten Daten ausgewertet und jeweils die Daten der eigenen Praxis dem Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt. Dadurch ist ein aussagekräftiger Vergleich der jeweiligen Praxis mit dem Praxisdurchschnitt möglich. Zudem wird der teilnehmende Arzt durch allgemeine Hinweise und Fragen zur Optimierung der Patientenversorgung angeregt. Da-

durch wird der Feedback-Bericht zu einem praktischen Instrument im Kreislauf der Qualitätsverbesserung.

Eve A. Kerr et al. haben in einer jüngeren Untersuchung auf die Unzulänglichkeiten vieler Qualitätssicherungsmaßnahmen hingewiesen, die eine zu ungenaue Verknüpfung von QS-Zielen und den klinischen Parametern aufweisen. Daher war die Absicht bei der Auswahl unserer Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen führend, eine möglichst enge Verbindung von QS-Zielen und klar definierten Ergebnisparametern herzustellen.

Literatur

E. Kerr et al: Avoiding Pitfalls in Chronic Disease Quality Management: A Case for the Next Generation of Technical Quality Measures, Am J Manag Care 2001; 7: 11, 1033-1043

Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien

Medizinischer Kernpunkt der QS ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Bei der Auswahl von QS-Zielen wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für die Koronare Herzerkrankung von zentraler Bedeutung sind. Dabei steht im Behandlungsprogramm die Dauerbehandlung der chronischen KHK im Vordergrund. Behandlungsstrategien der akuten Notfallbehandlung (Myokardinfarkt) sowie der Rehabilitativbehandlung sind nicht Gegenstand des Programms.

Die Therapieziele des Programms bestehen aus der:

- Reduktion der Sterblichkeit der Erkrankung
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere der Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz.
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina Pectoris-Beschwerden bei Patienten mit stabiler Angina und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

In der Nichtmedikamentösen Therapie spielen die individuelle Risikoabschätzung und die Beratung zu Lebensstilveränderungen eine wichtige Rolle.

Bei der Pharmakotherapie ist zwischen prognostischer und symptomatischer Behandlungsindikation zu unterscheiden. Bei ersterer steht die Vermeidung des ersten bzw. weiteren Myokardinfarkts im Vordergrund ("Disease- Modifying Drugs" wie β -Blocker, Thrombozytenaggregationshemmer, ACE-Inhibitoren, Lipidsenker), bei letzterer die Reduktion

der Häufigkeit von Angina-Pectoris-Anfällen und die Kupierung des Anfalls ("Symptom-Modifying Drugs" wie β -Blocker, Nitrate, Kalziumkanalblocker).

Koronarangiographien, Interventionelle Therapiemaßnahmen im Sinne perkutaner koronarer Interventionen sowie die Bypass-Operationen spielen eine zentrale Rolle in der Behandlung der KHK. Sie sind als invasive Maßnahmen jedoch mit einem relevanten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko behaftet. Die Anzahl der durchgeführten Interventionen hat jedoch seit der Einführung der Methode 1977 exponentiell zugenommen und die Untersuchungsindikationen eine nicht immer kontrollierte Ausbreitung erfahren. Eine wichtige Aufgabe besteht zur Zeit darin, einen aktuellen Indikationskatalog abzuleiten, der auf dem klinischen "Outcome" der Patienten bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Gesamtkosten unter einer kritischen Kosten/Nutze/ Analyse basiert. In Deutschland liegt derzeit ein Ungleichgewicht zwischen den Aufwendungen für invasiv-interventionelle Maßnahmen im Vergleich zu den Bemühungen für die primäre und sekundäre Prävention vor. Revaskularisationsstrategien sind jedoch nicht Inhalt des Disease-Management-Programms KHK.

Literatur

Lebensstilveränderungen, Vermeidung und/oder Reduktion der Schwere der Angina pectoris

- American College of Cardiology (ACC/AHA/ACP-ASIM) 1999; Guidelines for the Management of Patients with Chronic Stable Angina; J Am Coll Cardiol 1999; 33(7): 2092-197
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; www.leitlinien.de
- Canadian Cardiovascular Society; Can J Cardiol 1998; 14(Suppl. C): 2C-23C.
- European Society of Cardiology: Prevention of coronary heart disease in clinical practice; European Heart Journal 1998; 19: 1434-1503; <http://www.opot.org/guidelines/sihd.pdf>
- Institute for Clinical Systems Improvement 2001; Stable Coronary Artery Disease; <http://www.icsi.org/guide/SCAD.pdf>
- International Taskforce for Prevention of Coronary Heart Disease: Pocket Guide for Prevention of Coronary Heart Disease 2003; http://www.chd-taskforce.com/pdf/pocket_guide_engl.pdf
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2000; Secondary Prevention of Coronary Heart Disease following Myocardial Infarction (Nr. 41); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign41.pdf>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2002; Cardiac Rehabilitation (Nr. 57); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign57.pdf>

Medikamentöse Therapie

- American College of Cardiology (ACC/AHA/ACP-ASIM) 1999; Guidelines for the Management of Patients with Chronic Stable Angina; J Am Coll Cardiol 1999; 33(7): 2092-197
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; www.leitlinien.de
- The European Society of Cardiology: Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; European Heart Journal (2001) 22, 554-572
- International Taskforce for Prevention of Coronary Heart Disease: Pocket Guide for Prevention of Coronary Heart Disease 2003; http://www.chd-taskforce.com/pdf/pocket_guide_engl.pdf
-
- Ontario Program for Optimal Therapeutics; 2000; Ontario Drug Therapy Guidelines for Stable Ischemic Heart Disease in Primary Care; <http://www.opot.org/guidelines/sihd.pdf>
-

Interventionelle Therapie

- American College of Cardiology (ACC/AHA); 2002 Guidelines for the Management of Patients with unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction; J Am Coll Cardiol. 2002 Oct 2;40(7):1366-74.
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; www.leitlinien.de
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 1998; Coronary revascularisation in the management of stable angina pectoris (Nr. 32); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign32.pdf>

Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sollen Qualität messbar machen und darüber hinaus einen Anreiz darstellen, unbefriedigende Werte zu verbessern; weiterhin sollten sie es durch die Schaffung eines gemeinsamen Koordinatensystems ermöglichen, Ergebnisse auf nationaler sowie internationaler Ebene miteinander zu vergleichen und zu diskutieren. Die bereits auf internationaler und nationaler Ebene (z.B. RAND, NCQA, FACCT, NHS; AQUA)⁶ ent-

⁶ RAND: Research and Development- Collaboration (www.rand.org)
NCQA: National Committee for Quality Assurance (www.ncqa.org)

wickelten Qualitätsindikatoren wurden bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt.

Weitgehende Übereinstimmung besteht in den verschiedenen Indikatorsystemen bezüglich der medikamentösen Therapie und der Sekundärprävention der KHK, aufgrund der Tatsache, dass die Studienlage hierzu eindeutig ist und Qualitätsindikatoren direkt aus randomisiert kontrollierten Studienergebnissen abgeleitet werden können. Es konnte gezeigt werden dass manche Medikationen, wie Thrombozytenaggregationshemmer, β -Blocker, ACE-Hemmer und Statine die Überlebenszeiten von KHK-Patienten verlängern können. Teilweise werden hierbei auch Angaben zu möglichen Schwellenwerten gemacht, die ebenfalls im wesentlichen übereinstimmen und als erste Richtgrößen angegeben wurden.

Andere häufig genannte Indikatoren, wie z.B. die Herzinfarkt-Inzidenzrate können aus den zu Grunde liegenden Daten zur Zeit nicht abgeleitet werden.

Die Indikationsstellung zur Durchführung interventioneller invasive Maßnahmen der Revaskularisation kann im DMP nicht durch Qualitätsindikatoren dargestellt werden, da keine Daten zu den wesentlichen Indikationen, wie z.B. Dreifäßerkrankung, linke Hauptstammstenose u.s.w. vorliegen. Die Ableitung eines Zusammenhangs zwischen der Zunahme der Beschwerden und durchgeführter Revaskularisation erscheint zu wagen und lässt sich durch die Literatur nicht begründen. Hier spielt für die Indikationsstellung eher das Gesamtrisikoprofil eine Rolle.

Es existieren in der Literatur keine Qualitätsindikatoren bezüglich der Verhinderung von Folge- oder Begleiterkrankungen der KHK, da hier, anders als beim Diabetes mellitus kein kausaler Zusammenhang zwischen der bestehenden KHK und den entsprechenden Folgeerkrankungen besteht. Die KHK stellt zwar die häufigste Ursache der Herzinsuffizienz dar, jedoch kann die Entstehung an sich nicht durch therapeutische Maßnahmen beeinflusst werden. Die Progression der Herzinsuffizienz- als häufigste Folgeerkrankung der KHK- kann jedoch nachgewiesenermaßen durch die Gabe von ACE-Hemmern verzögert werden.

Die Verabreichung von β -Blockern sollte in erster Linie bei Patienten nach Myokardinfarkt erfolgen. Die Folgedokumentation erlaubt zur Zeit jedoch nicht die Erfassung der KHK-

FACCT: FACCT (foundation for accountability; (www.facct.org))

NHS: NHS (National Health Service) Performance Indicators. (www.doh.gov.uk)

Patienten, die einen Myokardinfarkt erlitten haben, so dass dieser Indikator nur auf die Anzahl aller KHK-Patienten bezogen werden kann. Nach geplanter Aktualisierung der Dokumentation und Aufnahme zusätzlicher Dokumentationsparameter wie „Akutes Koronarsyndrom seit der letzten Dokumentation“ sollte sich dieser Indikator auf diese Patientengruppe beziehen

Literatur

- ACOVE- Investigators: ACOVE Quality Indicators. Annals of Internal Medicine 2001; 135 (8 Part 2)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): Prevention Quality Indicators (www.ahrq.gov)
- AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze 2002. Unveröffentlichtes Manuskript
- Commonwealth Department of Health and Aged Care and Australian Institute of Health and Welfare (1999). National Health Priority Areas (NHPA) Report: Cardiovascular Health 1998. AIHW Cat.No.PHE 9. HEALTH and AIHW, Canberra.
- Department of Health: NHS Performance Indicators: A Consultation. www.doh.gov.uk/piconsultation/chd.htm
- Marshall M et al: Quality Indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London u.a., Royal Society of Medicine Press Ltd. 2002
- McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. BMJ 1998; 317(7169):1354-1360.
- NCQA: The State of Managed Care Quality, 2001; Improvement in heart disease measures. www.ncqa.org/somc2001/KEY/SOMC_2001_KEY.htm
- Queensland Health 2000: Health Outcomes Plan Cardiovascular Health: Coronary Heart Disease 2000-2004. www.health.qld.gov.au/hop/home.htm
- RAND: Coronary Artery Disease - Prevention and Treatment. www.rand.org
- Szecsenyi J, Stock J, Broge B : Qualität greifbarer machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze; Managed Care 2003; 1:18-20

Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7

Anders als in der Diabetiker-Versorgung, in der z.B. die jährliche Augenarztuntersuchung ein "Musskriterium" darstellt, existieren derzeit für die Versorgung der KHK-Patienten keine eindeutigen Kriterien (Qualitätsindikatoren), die allen Beteiligten z.B. Patienten, ambulanten und stationären Ärzten Entscheidungshilfen geben, wann sie die nächste Versorgungsebene aufsuchen müssen bzw. wann sie überweisen müssen. Die in Abschnitt 1.7.2 der Anlage 5 aufgeführten Indikationen stellen demnach optionale Indikationen dar.

Literatur

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2001; Management of Stable Angina (Nr. 51);

ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002;

▪

Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation

Für diesen Bereich soll die Qualitätssicherung gewährleisten, dass in allen Fällen eine korrekte Einschreibung erfolgt. Das heißt, dass auch tatsächlich nur Versicherte mit einer gesicherten Diagnose der KHK eingeschrieben werden und die ausgefüllten Dokumentationen zeitnah zur Verfügung stehen. Durch einen Reminder an den Leistungserbringer soll außerdem an ausstehende Dokumentationen erinnert werden sowie durch eine Auflistung der vereinbarten Wiederstellungstermine des nächsten Quartals eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet werden.

Die Vollständigkeit der Dokumentationen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Qualitätssicherung und die Evaluation. Jedoch zeigen die Erfahrungen aus bereits stattgefundenen Modellvorhaben zur strukturierten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 auch nach einer Laufzeit über mehrere Jahre und einer Vergütungsabhängigkeit an die vollständige Dokumentation, dass zu keiner Zeit *alle* eingegangenen Dokumentationsbögen *ohne Nacherfassung* vollständig waren. Daher wird bezüglich der Vollständigkeit der Dokumentationen ein Zielwert von 60% für das erste Jahr angestrebt, der im weiteren Verlauf der beiden folgenden Jahre auf 85% gesteigert werden soll. Grundlage für diese Zielwerte sind Erfahrungen aus dem AOK-Modellvorhaben zur Optimierung der Diabeti-

kerversorgung in Thüringen, bei dem Vollständigkeitsquoten von maximal 60-70% erreicht wurden.

Literatur

Evaluationsbericht der TU Dresden, Vollständigkeit der Dokumentation

AOK-Modellvorhaben zur Optimierung der Diabetikerversorgung in Thüringen.

QUALITÄTSSICHERUNGSZIELE, -INDIKATOREN UND -MASSNAHMEN
Koronare Herzkrankheit auf Grundlage des Datensatzes 6b für die Krankenkassen

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auslösealgorithmen ⁷	QS-Maßnahmen ⁸
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien			
Angina Pectoris Symptomatik soll durch geeignete Therapiemaßnahmen verbessert oder eine Verschlechterung verhindert werden.	<p>Anteil der Versicherten mit neu aufgetretener AP-Symptomatik oder Verschlechterung der AP-Symptomatik</p> <p>Dieser Anteil soll im ersten Jahr weniger als 70%, im zweiten Jahr weniger als 65% und im dritten Jahr weniger als 60% betragen.⁹</p>	<p><u>Deskription „Shift-Patienten“:</u> Anteil der Fälle, die in der vorherigen Dokumentation Feld 10 (ED/FD) = „atypisch“ <u>und</u> in der nachfolgenden Dokumentation Feld 10 (FD) = „typisch“ (Grad 1-4) <u>oder</u> in der vorherigen Dokumentation Feld 10 (ED/FD) = „typisch“ (Grad 1-4) <u>und</u> in der nachfolgenden Dokumentation Feld 10 (FD) = „atypisch“ an allen eingeschriebenen Patienten</p> <p><u>Auslösealgorithmus</u> Anteil der Patienten, die in der vorherigen Dokumentation Feld 10 (ED/FD) = „keine“ <u>und</u> in der nachfolgenden Dokumentation Feld 10 (FD) = „atypisch“ <u>oder</u> in der vorherigen Dokumentation Feld 10 (ED/FD) = „keine“ <u>und</u> in der nachfolgenden Dokumenta-</p>	Information an V. Basis-Infos über Angina pectoris bzw. KHK und über die Möglichkeit der Einflussnahme durch den Versicherten, etc

⁷ Die Felder beziehen sich auf die Lfd. Nr. der Erst- (ED) bzw. Folgedokumentation (FD) der Anlage 6b der RSAV.

⁸ LE: Leistungserbringer-; V: Versicherten-Kontaktaufnahme

⁹ Der Indikator hat keinen direkten Bezug zu einer einzelnen Intervention im DMP. Daher dienen die vorgeschlagene Prozentzahlen des Qualitätszieles als erste anzustrebende Grundlage die im Verlauf des DMP Programms angepasst werden soll.

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auslösealgorithmen ⁷	QS-Maßnahmen ⁸
		tion Feld 10 (FD) = „typisch“ (Grad 1-4) <u>oder</u> Differenz nachfolgende Dokumentation Feld 10 (FD) = „typisch“ (Grad 1-4) – vorherige Dokumentation Feld 10 (ED/FD) = „typisch“ (Grad 1-4) größer 0 an allen eingeschriebenen Patienten ohne Shift-Patienten	
Erreichung-des Zielblutdruckwerts	Nach einem Jahr DMP sollten 50% der eingeschriebenen Versicherten innerhalb des Therapiezielbereiches sein, nach zwei Jahren 65% und nach drei Jahren 75%	Wenn Feld 22 (ED) / 19 (FD) „Zielvereinbarung Blutdruck“ in zwei aufeinander folgenden Dokumentationen = „senken“	V: Infos über Problematik Hypertonie bei KHK und seine Einflussmöglichkeiten, Hinweis auf Schulungen
3. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation			
Sicherstellung der korrekten Einschreibung	Dauerhaft 100% korrekte Einschreibung	Fehlerhafter Plausibilitätstest der Felder 1-12 der Erstdokumentation	LE: Dokumentationsbogen mit der Bitte um korrekte Einschreibung zurückschicken LE: Infos über korrekte Einschreibung
Vollständigkeit der Dokumentation	Es wird eine Vollständigkeitsquote beim ersten Eingang (ohne Korrekturbedarf) von 60% nach Ablauf der ersten 12 Monate angestrebt, die im Laufe der nächsten 24 Monate auf 85% gesteigert werden soll	Wenn nicht alle erforderlichen Daten-Felder der Dokumentation ausgefüllt sind	Nachforderung der fehlenden Dokumentationsparameter vom LE

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auslösealgorithmen ⁷	QS-Maßnahmen ⁸
4. Aktive Teilnahme der Versicherten			
Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten		Bei ausstehender Dokumentation	Reminder an Versicherten
Wahrnehmung empfohlener Schulungen	<p>Anteil der empfohlenen und wahrgenommenen Schulungen: Diabetes, Hypertonie.</p> <p>Über die Programmlaufzeit sollen im Mittel 60 % der Patienten, denen eine Schulung empfohlen wurde in einer der folgenden zwei Dokumentationen eine empfohlenen Schulungen wahrgenommen haben¹⁰.</p>	<p>Wenn im Feld 19 (ED) oder im Feld 16 (FD) "Diabetes-Schulung" angegeben wird und in Feld 17 in einer der folgenden beiden FD bei der Diabetes-Schulung = nicht „ja“ angekreuzt ist.</p> <p>Wenn im Feld 19 (ED) oder im Feld 16 (FD) "Hypertonie-Schulung" angegeben wird und in Feld 17 in einer der folgenden beiden FD bei der Hypertonie-Schulung = nicht „ja“ angekreuzt ist.</p>	V: Infos über DMP und Bedeutung der Schulungen

¹⁰ In Abhängigkeit der Verfügbarkeit der Schulungen vor Ort

Erläuterungen und wissenschaftliche Quellen zur Qualitätssicherung Auf Grundlage des Datensatzes 2b

Allgemein

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit (KHK) verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende Bereiche abdecken:

1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7 der Anlage 5 der RSAV
4. Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
6. Aktive Teilnahme der Versicherten

Die Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen wurde so getroffen, dass für alle Bereiche der Qualitätssicherung jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden.

Die Qualitätssicherung auf der Grundlage des Datensatzes **6b** wird vorrangig über eine individuelle, anlassbezogene Versichertenkommunikation geleistet. Diese Aufklärung erfolgt primär durch die Zusendung von Broschüren oder Informationsschriften;

Eve A. Kerr et al. haben in einer jüngeren Untersuchung auf die Unzulänglichkeiten vieler Qualitätssicherungsmaßnahmen hingewiesen, die eine zu ungenaue Verknüpfung von QS-Zielen und relevanten klinischen Parametern aufweisen. Daher war die Absicht bei der Auswahl unserer Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen führend, eine möglichst enge Verbindung von QS-Zielen und klar definierten Ergebnisparametern herzustellen.

Literatur

E. Kerr et al: Avoiding Pitfalls in Chronic Disease Quality Management: A Case for the Next Generation of Technical Quality Measures, Am J Manag Care 2001; 7: 11, 1033-1043

Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien

Medizinischer Kernpunkt der QS ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Bei der Auswahl von QS-Zielen wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für die Koronare Herzerkrankung von zentraler Bedeutung sind. Dabei steht im Behandlungsprogramm die Dauerbehandlung der chronischen KHK im Vordergrund. Behandlungsstrategien der akuten Notfallbehandlung (Myokardinfarkt) sowie der Rehabilitativbehandlung sind nicht Gegenstand des Programms.

Die Therapieziele des Programms bestehen aus der:

- Reduktion der Sterblichkeit der Erkrankung
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere der Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz.
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina Pectoris-Beschwerden bei Patienten mit stabiler Angina und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

Insbesondere für die Erreichung des letzten Therapieziels kommt dem Versicherten durch eine aktive Beteiligung an Nichtmedikamentösen Therapiestrategien z. B. in Form der individuelle Risikoabschätzung und der Lebensstilveränderungen eine wichtige Rolle zu.

Durch gezielte Information der Versicherten und Unterstützung bei der Teilnahme an Schulungs- und Behandlungsprogrammen kann die Krankenkasse ihre Versicherten gezielt unterstützen.

Literatur

Lebensstilveränderungen, Vermeidung und/oder Reduktion der Schwere der Angina pectoris

- American College of Cardiology (ACC/AHA/ACP-ASIM) 1999; Guidelines for the Management of Patients with Chronic Stable Angina; J Am Coll Cardiol 1999; 33(7): 2092-197
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; www.leitlinien.de
- Canadian Cardiovascular Society; Can J Cardiol 1998; 14(Suppl. C): 2C-23C.
- European Society of Cardiology: Prevention of coronary heart disease in clinical practice; European Heart Journal 1998; 19: 1434-1503; <http://www.opot.org/guidelines/sihd.pdf>
- Institute for Clinical Systems Improvement 2001; Stable Coronary Artery Disease; <http://www.icsi.org/guide/SCAD.pdf>

- International Taskforce for Prevention of Coronary Heart Disease: Pocket Guide for Prevention of Coronary Heart Disease 2003; http://www.chd-taskforce.com/pdf/pocket_guide_engl.pdf
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2000; Secondary Prevention of Coronary Heart Disease following Myocardial Infarction (Nr. 41); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign41.pdf>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2002; Cardiac Rehabilitation (Nr. 57); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign57.pdf>

Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7

Anders als in der Diabetiker-Versorgung, in der z.B. die jährliche Augenarztuntersuchung ein "Musskriterium" darstellt, existieren derzeit für die Versorgung der KHK-Patienten keine eindeutigen Kriterien (Qualitätsindikatoren), die allen Beteiligten z.B. Patienten, ambulanten und stationären Ärzten Entscheidungshilfen geben, wann sie die nächste Versorgungsebene aufsuchen müssen bzw. wann sie überweisen müssen. Die in Abschnitt 1.7.2 der Anlage 5 aufgeführten Indikationen stellen demnach optionale Indikationen dar.

Literatur

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2001; Management of Stable Angina (Nr. 51); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign51.pdf>
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; www.leitlinien.de

Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation

Für diesen Bereich soll die Qualitätssicherung gewährleisten, dass in allen Fällen eine korrekte Einschreibung erfolgt. Das heißt, dass auch tatsächlich nur Versicherte mit einer gesicherten Diagnose der KHK eingeschrieben werden und die ausgefüllten Dokumentationen zeitnah zur Verfügung stehen. Durch einen Reminder an den Leistungserbringer soll an ausstehende Dokumentationen erinnert werden.

Die Vollständigkeit der Dokumentationen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Qualitätssicherung und die Evaluation. Jedoch zeigen die Erfahrungen aus bereits stattgefundenen Modellvorhaben zur strukturierten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus

Typ 2 auch nach einer Laufzeit über mehrere Jahre und einer Vergütungsabhängigkeit an die vollständige Dokumentation, dass zu keiner Zeit *alle* eingegangenen Dokumentationsbögen *ohne Nacherfassung* vollständig waren. Daher wird bezüglich der Vollständigkeit der Dokumentationen ein Zielwert von 60% für das erste Jahr angestrebt, der im weiteren Verlauf der beiden folgenden Jahre auf 85% gesteigert werden soll. Grundlage für diese Zielwerte sind insbesondere Erfahrungen aus dem AOK-Modellvorhaben zur Optimierung der Diabetikerversorgung in Thüringen, in dem Vollständigkeitsquoten von maximal 60-70% erreicht wurden.

Literatur

Vollständigkeit der Dokumentation

AOK-Modellvorhaben zur Optimierung der Diabetikerversorgung in Thüringen. Evaluationsbericht der TU Dresden

Aktive Teilnahme der Versicherten

Die aktive Teilnahme der Versicherten ist ein essentieller Bestandteil, den die RSAV auch für strukturierte Behandlungsprogramme für KHK fordert. Dementsprechend wurde zwei QS-Ziele für diesen Bereich definiert: die Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten und die Sicherstellung der Wahrnehmung der vereinbarten Schulungstermine.-

Literatur

Evaluation des Gesundheitsmanagementprojektes der AOK Schleswig-Holstein im Rahmen der Sekundär-/Tertiärprävention, Abschlussbericht, WIDO

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine Erkrankung der Herzkranzgefäße diagnostiziert. Im Rahmen eines speziellen Behandlungsprogramms wollen wir Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende Betreuung. Deshalb sollten Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen nutzen.

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieses Behandlungsprogramms. Sie werden durch intensive Beratung, Zugang zu qualifizierten Schulungen und umfassende Informationen in die Lage versetzt, gemeinsam mit dem Arzt Ihres Vertrauens individuelle Therapieziele festzulegen und aktiv an der Umsetzung mitzuwirken. Die wesentlichen Therapieziele sind, dass

- der koordinierende Arzt sich vergewissert, dass die Diagnose Koronare Herzerkrankung zweifelsfrei gesichert ist,
- Sie von der Teilnahme am DMP unter medizinischen Aspekten profitieren können,
- Ihre Behandlung auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgt,
- Ihr Herzinfarktrisiko gesenkt und die Entwicklung von Herzbeschwerden vermieden wird,
- Ihre Belastungsfähigkeit erhalten bleibt und
- alle an Ihrer Therapie beteiligten Spezialisten reibungslos zusammenarbeiten.

Dieses Behandlungsprogramm, das auch Disease-Management-Programm genannt wird, basiert auf gesetzlichen Grundlagen, die gemeinsam von Ärzten, Wissenschaftlern und Krankenkassen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erarbeitet wurden. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen, die regelmäßig von einer neutralen Stelle überprüft werden.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen des Programms sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in dem Programm auch Wirkstoffe zur Blutdrucksenkung, zur Behandlung von erhöhten Blutfettwerten und zur Blutverdünnung genannt, die vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören beispielsweise:

- Betablocker ggf. in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten (Blutdrucksenker)
- ACE-Hemmer (Blutdrucksenker, Therapie der Herzschwäche)
- Statine (Blutfettsenker)
- Thrombozytenaggregationshemmer (Gerinnungshemmer)

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung ist, dass dieser Arzt seine Teilnahme am DMP erklärt hat. Leiden Sie an mehreren Krankheiten (z. B. Koronare Herzkrankheit und Diabetes) können Sie gleichzeitig an mehreren Programmen teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Verlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Darüber hinaus übernimmt Ihr Arzt die nötige Abstimmung mit anderen kardiologisch qualifizierten Fachärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen und sorgt dafür, dass alle Spezialisten reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob Sie eine Behandlung durch weitere qualifizierte Spezialisten benötigen.

Dokumentationen verschaffen Ihnen Transparenz über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms füllt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig einen ausführlichen Dokumentationsbogen mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten aus, der von Ihrem Arzt unterschrieben wird. Damit sichergestellt ist, dass Sie einen Überblick über Ihren Krankheitsverlauf haben, erhalten Sie von jeder Dokumentation eine Kopie oder einen Ausdruck für Ihre Unterlagen. Die Dokumentation übermittelt Ihr Arzt an die Krankenkasse und zur wissenschaftlichen Auswertung an eine gemeinsam von Krankenkassen und Ärzten getragene unabhängige Stelle. Die Auswertungen und Analysen sind Grundlage für zukünftige Verbesserungen der Therapie von Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Vor der Weiterleitung von Daten hat der Gesetzgeber eine ausführliche Information hinsichtlich des Datenschutzes der Programmteilnehmer vorgegeben. Diese schriftliche Information erhalten Sie mit der Teilnahmeerklärung. Sie muss gesondert unterschrieben werden.

Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie gegebenenfalls von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Patientenschulungen

Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen, in der Sie lernen, Ihr Leben und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Dabei geht es z. B. um die Blutdruck-Selbstkontrolle, die Interpretation der Werte und die richtigen Folgerungen aus den Messungen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationsmaterialien zur Diagnose und zum Programmablauf sowie auf Wunsch auch im Rahmen von persönlichen Gesprächen. Darüber hinaus bietet sie Ihnen kassenspezifische Serviceangebote an.

Wann können Sie teilnehmen?

Voraussetzungen für Ihre Teilnahme sind:

- Sie sind bei einer Krankenkasse, die dieses Programm anbietet, versichert,
- Ihre Koronare Herzkrankheit ist eindeutig diagnostiziert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung. Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder in den Geschäftsstellen der Krankenkassen.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenlos

Die Teilnahme am Programm kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen. Der Gesetzgeber sieht ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Programm vor, wenn Sie innerhalb von zwölf Monaten zwei Schulungen ohne plausible Begründung oder wenn Sie innerhalb von 3 Jahren 2 Nachsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen haben. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse schnellstens. Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Erläuterung zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Versicherte, die an einer oder mehreren bestimmten chronischen Erkrankungen leiden.

Die Behandlungsprogramme basieren auf gesetzlichen Grundlagen, die gemeinsam von Ärzten, Wissenschaftlern und Krankenkassen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erarbeitet wurden. Sie werden eventuell erleben, dass Ihr Arzt aufgrund der Programme häufiger einen anderen Kollegen für Ihre Behandlung zu Rate zieht oder bestimmte Werte öfter überprüft, als es in der Vergangenheit vielleicht geschehen ist.

Außerdem bieten die Programme Schulungen für Sie an. Hier lernen Sie, so mit Ihrer Erkrankung/Ihren Erkrankungen umzugehen, dass Ihre Lebensqualität so wenig wie möglich eingeschränkt wird. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen die Aufgabe zur Durchführung dieser Programme übertragen. Das heißt sie müssen sicherstellen, dass das jeweilige Programm mit all seinen Inhalten korrekt durchgeführt wird. Daher benötigt die Krankenkasse einen Teil der personenbezogenen Daten, die Ihr Arzt/Ihre Ärztin im Rahmen des Betreuungsprogramms von Ihnen erhebt.

Außerdem werden zur Überprüfung der Wirksamkeit und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Programme krankheitsbezogene Daten erhoben und extern wissenschaftlich ausgewertet.

Zu dieser wissenschaftlichen Begleitung gehört auch, dass die Qualität der Programme bewertet wird, indem ein zufällig ausgewählter Teil der eingeschriebenen Versicherten persönlich zu Lebensqualität und Zufriedenheit befragt wird.

Warum sollten Sie an strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen?

Diese Programme stellen sicher, dass Sie nach neuesten medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnissen versorgt werden und die Zusammenarbeit der Ärzte optimiert wird. Mit diesen strukturierten Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Teilnahme an einem/mehreren Programm/en ist **freiwillig** und kostenlos. Die Teilnahme ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

Was passiert mit den krankheitsbezogenen Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung willigen Sie ein, dass die erforderlichen Daten mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt/Ihrer Ärztin erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergegeben werden. Ein Teil der Daten wird von dieser Datenstelle an Ihre Krankenkasse übermittelt, ein anderer Teil an die Kassenärztliche Vereinigung und an eine Gemeinsame Einrichtung, die von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung zur Qualitätssicherung gegründet wurde. Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie gegebenenfalls von der Krankenkasse in dieser Region im Programm betreut und die Daten von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

Die in diesen Programmen erfassten Informationen werden zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet. Um den Datenschutz sicherzustellen, wird vor dieser Auswertung gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören – die Daten werden mit verschlüsselten Nummern versehen (pseudonymisiert). Die wissenschaftliche Auswertung überprüft, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen angenommen wird und ob es sich auf die Qualität der Behandlung auswirkt. Eine anderweitige Verwendung Ihrer Daten ist ausgeschlossen.

Wohin werden die Daten weitergeleitet?

Ihr Arzt / Ihre Ärztin

Die das Programm betreffenden Daten leitet Ihr Arzt in Form standardisierter Dokumentationsbögen an die Datenstelle weiter. Damit Ihr Arzt Ihre Daten weiterleiten darf, benötigt er von Ihnen eine einmalige schriftliche Einwilligung. Damit Sie wissen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet, erhalten Sie eine Kopie oder einen Ausdruck der Dokumentation. Die Daten, die an die Krankenkassen weitergeleitet werden, sind zudem gesondert gekennzeichnet.

Die beauftragte Datenstelle

Die Datenstelle wird durch Ihren Arzt, die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung beauftragt. Sie kontrolliert das ordnungsgemäße Ausfüllen der Dokumentationsbögen und leitet die Daten an die Krankenkasse, die Kassenärztliche Vereinigung bzw. an die Gemeinsame Einrichtung weiter.

Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass unter Beachtung strenger Sicherheitsvorschriften nur speziell für das Programm ausgewählte und dafür besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten haben.

Ihre Krankenkasse

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt/von Ihrer Ärztin gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z.B. Krankenhausdaten) zusammen. Die Krankenkasse nutzt diese Daten für Ihre individuelle Beratung, z.B. erhalten Sie gezielte Informationsmaterialien.

Das Datenzentrum Ihrer Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich, sie sind nur speziell für das Programm ausgewählte und dafür besonders geschulten Krankenkassenmitarbeitern zugänglich.

Eine externe Institution wird mit der wissenschaftlichen Bewertung (Evaluation) des jeweiligen Programms beauftragt. Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der subjektiven Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer.

Falls Sie zu den Teilnehmern gehören, die vom evaluierenden Institut zu Lebensqualität und Zufriedenheit befragt werden sollen, wird die Krankenkasse Ihnen die Bögen zusenden.

Die Gemeinsame Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung erhält ausschließlich pseudonymisierte Daten, also Daten ohne Bezug zu Ihrer Person. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob die Durchführung des Behandlungsprogramms die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Für diese wissenschaftliche Auswertung werden nur pseudonymisierte Daten, also Daten ohne Bezug auf Personen, verwendet. Ihr Arzt/Ihre Ärztin erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

Zudem werden die Daten aus der Gemeinsamen Einrichtung sowie aus dem DMP-Datenzentrum der Krankenkassen für strukturierte Behandlungsprogramme von einem externen Institut in pseudonymisierter Form ausgewertet. Diese Ergebnisse werden anschließend veröffentlicht zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet.

Erklärung Koronare Herzkrankheit zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

- Ersteinschreibung
- Arztwechsel

030H Krankenhaus-IK

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig) Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig) Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein koordinierender Arzt bzw. meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich und umfassend über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation erhalten und kenne sie,
- dass mir bekannt ist, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich in erforderlichem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen, und mir auch bekannt ist, wann meine Teilnahme an dem Programm, beispielsweise aufgrund meiner Kündigung oder der fehlenden Mitwirkung, beendet wird,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm hingewiesen wurde und darauf, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher,
- dass ich über die Aufgaben des Arztes informiert wurde. Die Auswahl meines Arztes ist Voraussetzung für die Programmteilnahme und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert werden,
- dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

Name: _____ Straße/Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____

Ja, ich möchte an dem Programm für Koronare Herzkrankheit teilnehmen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die vom Gesetzgeber vorgegebene und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigelegt) beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von genau bestimmten Daten (standardisierte Dokumentationsbögen) habe ich zur Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt,

- dass die Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zum Behandlungsverlauf regelmäßig durch meinen koordinierenden Arzt erfolgt, ich eine Ausfertigung bzw. einen Ausdruck der übermittelten Daten erhalte und ich mit dieser Erklärung in die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Daten einwillige (siehe Rückseite),
- dass diese Daten neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes an eine Datenstelle (siehe Rückseite) gesendet, dort erfasst, aufbereitet, teilweise pseudonymisiert und wie im Folgenden beschrieben weitergeleitet werden können. Mein Name und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, diese Daten meiner Person zuzuordnen, werden bei der Pseudonymisierung durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen und gesondert gekennzeichneten Daten versichertenbezogen an meine Krankenkasse (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information genutzt werden,
- dass im Fall einer Programmteilnahme außerhalb des Geltungsbereichs meiner Krankenkasse die o. g. Daten gegebenenfalls an die von meiner Krankenkasse beauftragte Krankenkasse weitergeleitet und von dieser ebenfalls unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Beratung im Programm genutzt werden,
- dass mir meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse einen Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusenden kann,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von der Gemeinsamen Einrichtung (siehe Rückseite) genutzt werden,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung zusammengeführt werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse der Austritt aus dem Programm verbunden ist,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ja, ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

- vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen -

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist.

Unterschrift / Stempel Arzt

Anlage 13 – Dokumentationsbogen 6a/b gemäß § 23 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen der AOK Mecklenburg-Vorpommern, dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Dokumentationsbogen 6a/b

Anlage 14 – Strukturqualität Schulungsarzt gemäß § 20 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Strukturqualität Schulungsarzt

Leistungserbringer, die den Patienten im Rahmen des Disease-Management-Programms Schulungen anbieten dürfen, sind Vertragsärzte, die folgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen:

(1) Notwendige Ausstattung

- Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen
- Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein

(2) Qualifikation des Leistungserbringers

- der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen

(3) Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals

- das nicht-ärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen

Näheres ergibt sich aus den jeweils angebotenen Schulungsprogrammen.

Anlage 15 – Patientenschulungen gemäß § 20 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Patientenschulungen nach § 20 DMP-Vertrag

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchzuführen:

Versicherte mit essentieller Hypertonie

- 1.1. Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) (Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P. ZaeFQ 95; 349-355)
- 1.2. Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V. J of Human Hyertension 1997. 11: 501-506)

Anlage 16 – Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz gemäß § 22 des Vertrages

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen dem IKK Landesverband Nord, dem BKK-Landesverband NORD und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird folgende Empfehlung ausgesprochen:

Jedes 2. Quartal Dokumentation	Quartalsweise Dokumentation	
<p>KHK-Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> · seit mehr als 12 Monaten beschwerdefrei <p>und/oder mit</p> <ul style="list-style-type: none"> · relevanten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie), ausreichend eingestellt <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit zusätzlicher Herzinsuffizienz NYHA 	<p>KHK-Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> · Z.n. Infarkt und/oder Z.n. kardialen Ereignis, Interventionen, Operationen vor 6-12 Monaten und seither beschwerdefrei <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> · stabiler Medikation seit 6-12 Monaten beschwerdefrei <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> · relevanten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie), ausreichend eingestellt <p>oder</p> <p>mit zusätzlicher Herzinsuffizienz NYHA II</p>	<p>KHK-Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> · Erstdiagnose KHK in den letzten 6 Monaten · Angina pectoris (typisch oder atypisch) Beschwerden in den letzten 6 Monaten <p>oder</p> <p>KHK-Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> · kardialen Ereignis in den letzten 6 Monaten <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> · medikamentöser Neueinstellung in den letzten 6 Monaten <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> · nicht ausreichend eingestellten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie) <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> · Z.n. kardialen Interventionen/ Operationen in den letzten 6 Monaten <p>und/oder</p> <p>Herzinsuffizienz NYHA III u. IV</p>